

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO
FACULTAD DE SOCIEDAD, CULTURA Y CREATIVIDAD
ESCUELA DE ESTUDIOS EN PSICOLOGÍA, TALENTO HUMANO Y SOCIEDAD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA VIRTUAL
GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y CULTURA
LÍNEA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, SALUD MENTAL Y CONTEXTO

TRABAJO DE GRADO

ESTUDIO DE CASO: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN LA PRIMERA INFANCIA.

ESTUDIANTES

JULISSA PAOLA CARRASQUILLA MERCADO

YULI CATHERINE PINZÓN PENAGOS

ASESOR

CRISTIAN IVÁN GIRALDO LEÓN

MSC. NEUROCIENCIAS

BOGOTÁ, JULIO 2019 - ENERO 2020

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se enfoca en un niño en edad preescolar (4 años), que presenta el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), y que se encuentra escolarizado. De igual manera, se tiene por objetivo exponer y explicar un trastorno complejo y frecuente, que es poco diagnosticado y/o en algunos casos mal diagnosticados, es un problema serio en la salud mental; no solo por la complejidad del mismo, sino porque se ven afectadas varias esferas de la vida del paciente, haciendo difícil tener una buena calidad de vida.

En el transcurso de esta investigación, se darán a conocer apoyos y tratamientos que se les pueden brindar a pacientes con TDAH, a las personas que le rodean y les ayudan en su desarrollo y desempeño escolar; además de encontrarse con información en cuanto a antecedentes y posibles factores influyentes en su aparición.

Con el siguiente trabajo podemos analizar, estudiar y buscar respuestas a un trastorno no muy conocido y por lo cual no del todo bien tratado ni diagnosticado, como lo explica Mayo Clinic, en niños en edad preescolar o incluso, más pequeños, es difícil diagnosticar el trastorno. Esto se debe a que los problemas de desarrollo, como retrasos del lenguaje, pueden confundirse con el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (2019).

MARCO TEÓRICO

Aunque el TDAH se ha conocido desde 1865 y en la actualidad, no se le brinda la importancia que merece y aún se le confunde con otras patologías.

“Hay muchos otros trastornos mentales que pueden producir alteraciones de atención, impulsividad e hiperactividad: ej. Una depresión, la reacción a un trauma, ansiedad, reacción ante una crisis, trastorno psicótico. También los trastornos de aprendizaje (dislexia, inteligencia límite, etc.) puede parecer un TDAH en algunas ocasiones” (Asociación De Elisabeth D’Ornano para El Trastorno De Déficit De Atención E Hiperactividad, sf).

Lo anterior, hace que su diagnóstico y tratamiento sean errados y por ende la evolución y recuperación de los pacientes sea cada vez más tardía y larga.

El TDAH es un trastorno que afecta a los niños desde temprana edad y que se presenta incluso en personas mayores, no siendo detectado en su infancia, afectando así su entorno social, familiar, escolar, laboral y personal, sin dejar de lado el ambiente que genera estar en medio de personas con este trastorno, diagnosticado o no, pues por su misma condición de inquietud, aumenta los niveles de ansiedad, frustración, y las conductas agresivas de otras personas de su entorno por la baja tolerancia al comportamiento de la persona con las sintomatologías dichas de este trastorno (Instituto Nacional de Salud Mental, sf).

Dicho en otras palabras y expresadas por Espina (2013), “el TDAH se conceptualiza como un trastorno del desarrollo de las funciones ejecutivas y del autocontrol debido a deficiencias en el intervalo de atención y el control de impulsos, acompañado o no de hiperactividad” (Espina, 2013). La sintomatología debe presentarse antes de los 7 años, provocando importantes dificultades en sus actividades diarias y por lo menos, en dos ambientes. El inicio anterior a los 7 años es muy importante, los malestares psicológicos y sociales suelen presentarse con frecuencia en niños y adolescentes, con conductas

semejantes a las del TDAH. La presencia en dos o más ambientes también es destacable, si sólo se presenta en uno, las conductas pueden ser una reacción a estresores ambientales.

Espina (2013) menciona varios estudios realizados en diferentes áreas, como es el caso de la genética, en donde muestra que existe mayor susceptibilidad de padecer trastornos en familiares de primer orden, como es el caso de gemelos monocigóticos y dicigóticos, y en los cuales interfiere el consumo de tabaco, alcohol, drogas, el estrés durante el embarazo, entre otras.

En otra investigación realizada a nivel neuroanatómico mencionada por Espina (2013), se encontraron alteraciones en las regiones frontal, estriada y cerebelosa, en donde existe mayor activación frontal y menos activación estriada. En cuanto a la neurobiología, puede que los sistemas de neurotransmisión monoaminérgicos no hayan madurado totalmente: la dopamina disminuye en la sinapsis (la cual está acoplada al comportamiento motor y al sistema de refuerzo de recompensas), noradrenalina (está unida a la atención, vigilancia y las funciones ejecutivas), serotonina (regula el estado de ánimo) y el GABA, el cual hace parte en la regulación del circuito atencional subcortical.

Desde el punto de vista ambiental, autores citados por Espina (2013), como Erdman, Newman y Clarke, sugieren que los apegos inadecuados especialmente el desorganizado y el inseguro - ambivalente, pueden estar más propensos a desarrollar o desencadenar este trastorno. Ejemplo claro de esto es un menor institucionalizado y maltratado, en donde el estilo de apego es desorganizado.

Cabe tener en cuenta que los niños con TDAH desarrollan un apego que tiene como característica mantener una aproximación, un contacto sensorial privilegiado, exploración del mundo desde la base o figura de apego segura, ansiedad ante la separación y sentimiento de desolación ante la pérdida.

Resultados de estudios analizados por Espina (2013), arrojaron que los niños a diferencia de las niñas son más propensos a padecer el trastorno, 2,5:1, las niñas presentan más problemas de atención y cognición, que problemas de impulsividad. La prevalencia

más alta se encuentra entre los 6-9 años. Más del 80% seguirán con el trastorno en la adolescencia, y el 30-65% lo seguirán padeciendo en la vida adulta.

De Burgos (sf), expone que “desde su reciente catalogación, el TDAH se ha convertido en unos de los problemas clínicos y de salud pública más importantes, en cuanto a la morbilidad y discapacidad, que afecta a niños y adolescentes” (p.5). A lo anterior agrega que “los padres y educadores tienen gran dificultad para detectar precozmente las conductas que señalan las áreas disfuncionales y no saben con frecuencia cómo actuar cuando el niño es correctamente diagnosticado” (p.6).

En estudios analizados por la Fundación CDAH (2009), aporta que “la prevalencia en la población se estima entre un 5% y un 10% y se da por igual en cualquier parte del mundo, dándose con mayor frecuencia entre los niños que entre las niñas en una porción de 4:1. Lo padecen tanto niños como adolescentes, y adultos en todas las condiciones sociales, culturales y raciales” (p.4).

Entrando un poco más a detallar de dónde viene este trastorno, basándonos en el relato de Lange (2010), la historia de este trastorno, las etapas de desarrollo para llegar hasta lo que es hoy, a pesar de que aún no se conozca la causa exacta, se puede hablar desde la primera aparición en 1798 (Escocia, Gran Bretaña) Alexander Crichton, médico, describió una condición médica similar a lo que hoy en día conocemos como el TDAH, a dicha condición la llamo agitación mental. Luego en 1845, Hoffman, psiquiatra, describe el TDAH en un libro de dibujo llamado “Felipe el nervioso”; Der Struwwelpeter. Luego en 1902, los doctores Still y Tredgol (pediatras) hacen una publicación en el Real Colegio de Medicamentos las primeras descripciones precisas, en un grupo de niños, sobre el TDAH. Still también desvincula la crianza como causa en el patrón conductual. Para los años 50’s se acuñan los términos - daño cerebral y disfunción cerebral mínima- se comienza a hablar del síndrome hiperactivo; en 1960 Stella Chess empleo el término “síndrome del niño hiperactivo” y lo atribuyo a un problema de ámbito ambiental debido a las fallas en la crianza”. Pero con el tiempo se demostró que se debía al funcionamiento cerebral y no a una mala educación familiar. (Orellana, 2012).

En la década de los 70's el DSM-III resalto e introdujo el término: “Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad”, pero en 1987 lo incorporo todo a uno solo: “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad”. (Orellana Ayala). En 1990, se clarifican los tipos de hiperactividad, definiéndose lo que hoy en día conocemos como: inatento, hiperactivo y combinado. Se emplean técnicas de neuroimagen y estudios que confirman su origen biológico. En los años 1994 y 2000 se hacen publicación en los DMS-IV y DMS-IV-TR, respectivamente (Orellana, 2012).

Para entender la idea de este proyecto, es bueno entrar a definir conceptos claves teniendo en cuenta diferentes autores y referencias citadas, una de ellas la encontramos en Sanitas (2019), la cual explica que “el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un problema de salud mental que suele aparecer en la infancia, generalmente a partir de los 7 años, y que está clasificado como un trastorno de conducta” (Sanitas, 2019).

En algunos casos está relacionado con otros trastornos comórbidos, es decir, que una persona con TDAH tiene 6 o 7 veces más posibilidades de presentar otro tipo de trastorno psiquiátrico o trastorno de aprendizaje al tiempo que el trastorno de base, por ejemplo: trastorno negativista desafiante, de conducta, ansiedad, ánimo, aprendizaje, depresivo, del espectro autista, bipolar y tics; los cuales pueden generar un impacto adicional en la calidad de vida. Cabe resaltar que “la causa exacta del TDAH no es clara, las investigaciones siguen. Son varios los factores que estarían involucrados en el desarrollo del TDAH incluyen la genética, el medio ambiente o problemas con el SNC en momentos primordiales del desarrollo” (Mayoclinic, 2019).

El TDAH según Barkley tiene una “prevalencia en los Estados Unidos de aproximadamente el 7,7% de los niños, que se traduce a una cifra de entre 3 y 4 millones de niños. Y que este trastorno persiste también en adultos y podemos ver que entre un 4 y 5% de la población adulta de los Estados Unidos, tiene TDAH” (2011).

Basados en estudios realizados en Colombia, según Vélez, la prevalencia de este trastorno es de hasta el 16,1% en la población infantil (2011). Hay unos síntomas que deben ser considerados para diagnosticarla, de los cuales se deben presentar varios y en diferentes condiciones (familiares, sociales, escolares, etc.) de forma constante y prolongada. Como los síntomas en ocasiones varían entre pacientes, se han clasificado 3 tipos de TDAH con su sintomatología, según el DSM-V (2016):

Tdah con hiperactividad – impulsividad

Mantener un estado de excitación continua de manera frecuente; hablar mucho, incluso en situación que requieren silencio; estar en un lugar y en una posición por mucho tiempo se le dificulta; no para de moverse, saltar y correr, cuando debe esperar; interrumpe en conversaciones y juegos, no puede esperar que sea su turno para hablar o jugar; en ocasiones inclusive no espera ni que le terminen de hablar; no puede mantener la tranquilidad en un juego.

Tdah con falta de atención

Problemas para estar atento a las actividades que realiza, comete errores por la falta de atención; se distrae con facilidad ante cualquier estímulo externo; lo cual no le permite terminar lo que empieza y lo hacen cambiar de actividad de forma rápida; le cuesta trabajo organizarse para realizar una tarea lo cual provoca que pierda las cosas, también olvida los deberes de la casa; a veces es como si no escuchara lo que se le dice, como ausente (DSM-V, 2016).

Tdah combinado

Presenta sintomatología de los tipos anteriores, hiperactividad – impulsividad y falta de atención. Además se debe tener en cuenta para diagnosticarse que los síntomas aparecen antes de los 12 años; intensidad y frecuencia superior a la normal para la edad respectiva del niño deterioren o interfieran significativamente el rendimiento del niño en dos o más ámbitos de su vida; que su causa no sea otro problema médico de tipo psiquiátrico o alguna droga (DSM-V, 2016).

Cuando el TDAH se presenta con otros trastornos, con frecuencia es más complejo el diagnóstico, la evolución y es menor la respuesta al tratamiento. No es un secreto que se han realizado estudios a nivel genético, buscando determinar la posible causa de esta alteración en la conducta que afecta a un porcentaje considerable de la población mundial que padece este trastorno.

En cuanto a factores genéticos moleculares, estudios realizados revelan una asociación entre algunos genes y el TDAH, estadísticamente en los cromosomas 4, 5, 6, 8, 11, 16 y 17. Varios genes que codifican moléculas con una importancia en la neurotransmisión que muestran polimorfismos y que influyen en el TDAH. Estos genes

“defectuosos” dictarían cómo emplear los neurotransmisores como por ejemplo el receptor la dopamina (DA) y el transportador de la noradrenalina (NA); lo cual sugiere una falla en el desarrollo de circuitos cerebrales que ayudan en la inhibición y el autocontrol (DSM-V, 2016).

En cuanto a factores ambientales, existen riesgos que se pueden presentar durante el embarazo, el parto y el post parto, principalmente, prematuridad, encefalopatía hipóxico – isquémica (la cual se manifiesta los primeros días de vida producida por la disminución del aporte de O₂ o la reducción mantenida del flujo sanguíneo cerebral), peso bajo, tabaquismo y alcoholemia (nombradas anteriormente).

Otros factores o desencadenantes pueden ser el consumo de heroína y cocaína en el embarazo, exposición intrauterina al plomo y al zinc, traumatismo craneoencefálico en la primera infancia, infecciones del SNC, y la adversidad psicosocial.

En cuanto a factores psicosociales, hasta el momento no se cree que estos factores sean determinantes para padecer TDAH, aunque desempeñan un importante papel y una oportunidad de intervención. Factores como estrés, desavenencias matrimoniales o trastornos psicopatológicos de los padres y la interacción padres e hijos, son algunos ejemplos que podemos encontrar en este grupo (DSM-V, 2016).

Al hablar del TDAH, se remite inmediatamente al cerebro y las funciones que se ven afectadas por éste. Se ha demostrado que son varias las regiones cerebrales que se ven afectadas en el TDAH, por ejemplo en (DSM-V, 2016):

La corteza prefrontal: función ejecutiva como por ejemplo planificar e iniciar acciones, ver errores y corregirlos, evitar distraerse por estímulos irrelevantes, ser flexible ante diferentes circunstancias.

El cuerpo calloso: permite la comunicación entre los hemisferios cerebrales, lo cual asegura un trabajo conjunto y complementario.

Ganglios basales: controlar impulsos para coordinar o filtrar la información que llega de otras regiones del cerebro e inhibir respuestas.

Cíngulo anterior: gestión afectiva y manejo de emociones.

En relación con la neurotransmisión, en donde se producen problemas en los circuitos reguladores como el córtex prefrontal y ganglios basales, los cuales se comunican a través de la adrenalina y la dopamina, se ven afectados con consecuencias como disminución de la atención, disminución de la capacidad de iniciar y continuar actividades, dificultad en la memoria a corto plazo, dificulta la neutralización de estímulos irrelevantes, dificulta la capacidad para bloquear respuestas inadecuadas, planificación de actividades complejas se dificultan; dificultad en la organización, incrementa actividad física; e incrementa la impulsividad (Garzón, 2018), teniendo en cuenta la información suministrada, por todos los medios de comunicación, investigaciones sobre el tema, guía profesional y vivencias propias de pacientes o familiares de los mismos con relación a la temática, aún existe intolerancia y/o impaciencia hacia estos pacientes por la poca información que tiene al respecto de cómo tratarlos según las etapas de desarrollo en la que se encuentran.

El TDAH suele tratarse con medicamentos, los cuales activan la capacidad del cerebro a prestar atención, a calmarse y para el autocontrol. Lastimosamente, en muchos casos que se han diagnosticado, se ha dado un tratamiento farmacológico, esto en muchas ocasiones en vez de ayudar, les provocan otros trastornos de salud física y mental; como por ejemplo: trastorno de ansiedad, depresión, mareos, náuseas, diarrea, cefalea, cambios de ánimo, entre otros (Pallardo, 2015).

Otro tratamiento es la Terapia conductual, la cual ayuda a desarrollar las habilidades sociales y emocionales del niño y la planificación. Es indispensable el entrenamiento para los padres, ya que por medio de éste, aprenden mejores maneras para el difícil comportamiento generado por el TDAH; y el apoyo en los colegios (Rodríguez, 2006). Es importante involucrar a los maestros para que los niños disfruten y aprendan en las instituciones.

Es muy notorio en niños con este tipo de trastornos, que el desarrollo de su motricidad no sea como aquellos que no la padezcan, el desarrollo de la motricidad en los primeros años de vida, gran indicador para el desarrollo de las áreas prefrontales y su funcionalidad. No obstante, las alteraciones de los movimientos hábiles en niños con TDAH son asociadas a un déficit motor específico y no son atribuibles exclusivamente a los síntomas de inatención e hiperactividad. Las alteraciones que se presentan en el

desarrollo motor infantil no son un síntoma esencial para diagnosticar el TDAH; los niños diagnosticados con TDAH tienen alteraciones motoras durante su desarrollo preescolar y escolar que le impiden realizar movimientos complejos y con la rapidez requerida para comenzar a adquirir algunos contenidos académicos (Lorenzo, 2013. P.14).

Otro ámbito importante, que no se debe dejar de lado es el desarrollo social, puesto que no es fácil la relación interpersonal para esta población, ya que

A nivel cognitivo y comportamental, las implicaciones del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) son severas, inclusive, según la definición del DSM-IV es una alteración del neurodesarrollo infantil con énfasis en los problemas de conducta, que por ende, tienen sus consecuencias a nivel social. Esto se debe a síntomas como: inatención, hiperactividad e impulsividad que interfieren grandemente en estas actividades sociales y académicas, no solo en la infancia sino durante toda su vida, lo que deja claro su carácter crónico (Puentes, 2014. P. 96).

Planteamiento del problema

En Colombia el TDAH es el trastorno que más afecta niños y adolescentes, en edades de 6 a 18 años, esta prevalencia se encuentra entre el 5 y el 15% de la población de este rango de edades. “Es muy importante tener en cuenta que hay otros trastornos que hacen comorbilidad, es decir pueden aparecer con este, dentro de los que se resaltan el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial” (El Heraldo. 2019); lo cual en ocasiones afecta el diagnóstico y se puede generar uno errado, y así mismo, un tratamiento inadecuado. En este orden de ideas, se hace evidente la importancia que presenta el estudio investigativo en dicho campo, a fin de identificar y reconocer su influencia con otros trastornos asociados, debido a la gran posibilidad de desencadenar síntomas, rasgos o incluso otros trastornos.

Muchos niños y/o adolescentes presentan este trastorno. Como lo expresa Mena (2006), 4 niños por cada niña en el mundo manifiestan conductas propias de éste, mostrando falta de higiene, presentación y una conducta poco deseada en su núcleo familiar, social y afectando su desarrollo en sana convivencia, por presentar conductas agresivas e impulsivas, en la mayoría de los casos, y donde se evidencia mayor concurrencia de casos es entre los 6 y los 9 años de edad, no siendo difícil de detectar un Comportamiento por TDAH en niños menores, pero si ocasionando gran confusión con otros trastornos por su similitud en pacientes de edades inferiores o mayores a la media

Pregunta de investigación

¿Es posible identificar la sintomatología del TDAH en un niño de 4 años, según su desarrollo motriz, intelectual y social que asiste a terapia psicológica y, el impacto en su calidad de vida?

Objetivos

Objetivo general: Identificar la sintomatología del TDAH en un niño de 4 años, según su desarrollo motriz, intelectual y social que asiste a terapia psicológica y el impacto en la calidad de vida.

Objetivos específicos:

Conocer el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la primera infancia

Establecer la sintomatología atencional y comportamental en un seguimiento de caso con diagnóstico con TDAH.

Generar estrategias de atención psicoeducativa para los síntomas de TDAH en la comunidad.

Justificación.

Como lo describe Muñoz (2013), el 11% de todos los niños en edad escolar han sido diagnosticados con TDAH, y basado en estudios realizados por el Centro para el control y prevención de enfermedades (CDC) de Estados Unidos, es considerado una cifra alarmante y a la que se debe hacer un análisis más profundo, ya que se presentan casos donde no existe tal trastorno y sólo es un problema de conducta del menor, percepción de los padres o acudientes responsables que no saben llevar una adecuada crianza dándole espacios de esparcimiento y desarrollo de su vida social, y en muchos otros casos, pacientes con medicaciones de manera innecesaria, pues no la requieren.

Teniendo en cuenta esta información, se destaca la importancia que tiene el abordar esta temática para el campo de la psicología clínica, debido a que la investigación sobre TDAH, así como el estudio de los elementos que los componen han aumentado gradualmente en el transcurso de los últimos años, para lo que actualmente han surgido nuevos modelos teóricos, diversas técnicas de evaluación y tratamiento, donde se evidencia disminución de respuestas emocionales y comportamentales que previamente generaban malestar clínico significativo, así como las consecuencias provocadas por la misma, incluyendo el deterioro en las principales áreas de funcionamiento del paciente.

En niños con TDAH se ha descrito características de depresión entre 14,7 y 75%, dependiendo del estudio epidemiológico o clínico; en este orden de ideas, aumenta el nivel de importancia del presente estudio de caso, dado que, los problemas académicos y sociales que están presentes en los niños con TDAH provocan rasgos de indefensión (excesiva preocupación por los acontecimientos específicos, ansiedad de separación, fobia social, entre otros) que van a incidir de forma negativa en la percepción de la competencia personal (Berkley, 2006).

Para ello, es necesario que se realice un estudio de caso clínico, profundizado para hacer referencia a los criterios del Trastorno de déficit de Atención e Hiperactividad, a fin de prevenir la agudización de síntomas, intentando aportar en gran medida información relevante para futuras investigaciones en el ámbito de pre y pos-grado y, por consiguiente, ampliar la perspectiva de estudio en cuanto al campo. Se generará grandes aportes desde lo académico y científico, lo cual será muy útil para los clínicos encargados de dar apoyo a la población con dicha problemática.

Esta investigación tendrá también será trascendental a nivel educativo, facilitando estrategias de evaluación de TDAH, exigiendo al sistema educativo ser partícipes activamente de los proceso de evaluación del estudiante que padece es trastrono, brindándole pautas que permitan identificar sintomatología comórbida y trabajar articuladamente para favorecer su funcionamiento en las principales esferas vitales del individuo.

De igual manera, aportará a los padres de familia, docentes o personal responsable del cuidado diario en casa o lugares de desarrollo social de los pacientes menores de edad diagnosticados con TDAH, pautas que le permitan trabajar junto con el clínico con la finalidad de favorecer el proceso de evaluación y la adaptación a los entornos del paciente, favoreciendo de este modo la resolución de conflictos que mejoren la dinámica familiar.

METODOLOGÍA

Para el estudio del presente caso se debe tener en cuenta que síntomas, circunstancias, con qué personas y en qué ámbito se presentan, tener claro la frecuencia en la que se presentan estos episodios ya que va a dirigido a otras personas que padezcan este trastorno, a los familiares y personas cercanas a ella.

Tipo y diseño

El tipo de investigación para este estudio de caso es descriptivo, no hay manipulación de variables, estas se observan y se describen tal como se presentan en su ambiente natural. Su metodología es fundamentalmente descriptiva, aunque puede valerse de algunos elementos cuantitativos y cualitativos. En cuanto al diseño que se usa en este proyecto es transversal, puesto que se realiza en un periodo corto de tiempo, y las decisiones o medidas que se toman, son basadas en lo observado durante las sesiones y resultados arrojados por las herramientas y/o baterías utilizadas para el desarrollo de este proyecto (Vallejo, 2012).

Participantes

El estudio de caso se realiza a un niño en etapa preescolar de 4 años de edad, ciudad de residencia Barranquilla; quien asiste a consulta de psicología en compañía de su madre, de 27 años de edad, para ser intervenido por presentar conductas alteradas de atención, inquietud motora, agitación, hiperactividad, lo cual le genera un retraso en el desarrollo por la afectación atencional que presenta.

Se evidencia en el comportamiento del menor, desacato y/o atención nula a las órdenes dadas por la madre en el momento de la consulta psicológica, inquietud, y bajo manejo de la frustración.

Técnicas para la recolección

Se realiza entrevista familiar o historia clínica adecuada para menores de edad, donde la acudiente brinda la información requerida para emitir una impresión diagnóstica acorde al comportamiento del menor, teniendo en cuenta que le menor asiste a la cita, lo que facilita arrojar un diagnóstico más certero.

En la entrevista realizada a la madre del menor, brinda la siguiente información funcional:

- Sostén cefálico: adquirido al mes de nacido.
- Rolado: a los 4 meses
- Sedente: 7 meses
- Gateo: 7 meses
- Marcha: 11 meses
- Correr: 1 año y 6 meses
- Balbucear: 9 meses
- Primeras palabras: 10 meses
- Afirmar y negar con la cabeza: 2 años
- Sostener tetero: 1 año y 6 meses
- Beber de una taza: 2 años

En antecedentes familiares la madre refiere sufrir ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica) y por la cual, actualmente se encuentra bajo tratamiento médico.

Los aspectos psico-afectivos están en los niveles adecuados, exceptuando que no es capaz de reconocer la tristeza. Presenta trastorno de eliminación: enuresis y encopresis.

Posible trastorno generalizado del desarrollo: ansiedad por separación y mutismo selectivo.

Se observan altos niveles de inquietud motora, conducta acelerada la mayor parte del tiempo, le cuesta permanecer quieto, cambios repentinos de actividades, presenta pataletas y berrinches con frecuencia y se rinde fácilmente si se le presenta alguna dificultad; y presenta dificultades de expresión y de lenguaje; trastorno de desarrollo de coordinación y de comunicación en el lenguaje expresivo.

Teniendo estos datos claros, se puede observar que el paciente presenta hipotonía muscular, dificultades de conducta y conductas hiperactivas.

En este caso, al ser un niño de 4 años, se debe tratar por medio de juego y actividades lúdicas en la cual se genere una concentración mayor a la que normalmente está dispuesto el niño. Mediante esto, se lleva a cabo el proceso de atención involuntaria, el cual debe llegar a un alto nivel de desarrollo, ya que el juego ayuda a iniciar las reglas en la vida de los niños, adecuando la esfera psíquica y atencional del niño; por medio de un lenguaje claro y conciso en el que el niño no se aburra y pueda perder su concentración (Millan, 2012). Se debe tener en cuenta que en casos en que el paciente está en etapa de preescolar, una manera de garantizar que la zona de desarrollo próximo (determina las funciones que aún no han madurado o están en este proceso) se amplíe haciendo uso de diferentes actividades que favorezcan su atención, adaptabilidad al entorno, o a conducta deseada (Altamiranda, 2016), es el juego, por tal motivo es una herramienta útil en las sesiones de psicoterapia con menores.

Con pacientes de TDAH, la atención tiene una función específica dentro de la terapia, la cual consiste en ejercer un control consciente en todo tipo de actividad; esta se desarrolla en la regulación externa y tiene participación del lenguaje. En los pequeños, rige la atención involuntaria, por lo que cualquier objeto, sonido externo dirigen su actividad, a medida que van creciendo y se desarrollan en perfectas condiciones los procesos psicológicos, adquiere la atención voluntaria (TDAH y tú, 2012). El lenguaje también hace parte de los puntos importantes a tratar durante las sesiones y a mantener activo, ya que por medio de su papel regulador permite que se desarrolle la atención voluntaria y así esta, puede ejercer control consciente interno (TDAH y tú, 2012). De esta manera, las actividades del niño son dirigidas a un objetivo consciente.

Teniendo en cuenta que el paciente se encuentra escolarizado, se aconseja crear un grupo de apoyo y acción con el personal docente y familiares, para llevar a cabo un plan de aprendizaje eficaz que pueda mantener su concentración al máximo y así poder ir amoldando la atención sostenida en ella.

El aprendizaje y la motivación ejercida por el desarrollo social, educativo y evolutivo del niño desde la familia, es un factor determinante a la hora de que el niño se enfrente a lo que es el colegio, una locación donde puede tener las experiencias multiplicadas que vive en su casa, sin embargo su primera referencia es lo aprendido en esta. Según Carrasco y Trianes “La inadaptación se asocia a sufrir prácticas de crianza no

recomendables por parte de la familia” (2010). El manejo de un ambiente social- educativo saludable, positivo, respetuoso, amplio, que permita el niño seguir descubriendo sus cualidades y a su vez conocer, entender y aceptar las diferencias que pueden tener los otros niños y la riqueza de fuentes de información que puede descubrir y aprender de sus maestros y de las herramientas proporcionadas por la institución; forman una herramienta fundamental para la adaptación del niño, “Un ambiente positivo se relaciona con un incremento en conductas amistosas y cooperación”(Carrasco & Trianes, 2010).

Para este estudio de caso, el tipo de investigación que se usa es el descriptivo, buscando con esto, como lo explica Valdés (2015), describir situaciones y eventos en donde se requiere indagar sobre aspectos importantes del paciente, teniendo en cuenta aspectos concretos de la realidad del mismo, como por ejemplo el desarrollo psicomotor, los antecedentes personales, familiares, entre otros, teniendo en cuenta que es un primer acercamiento que se tiene con el individuo a tratar, como lo explica Castillero (2019). Con el fin de familiarizarnos y de tener un conocimiento o panorama superficial de la situación (Universia, 2017), se realiza un abordaje inicial con el paciente, y en este caso con un familiar responsable, mayor de edad, que nos brinde la información requerida para empezar el proceso de evaluación psicológica con miras a mejorar la calidad de vida del paciente y de las personas que interactúan con él, sin dejar de lado el entorno psicosocial en el que se desarrolla e interactúa constantemente. Esta investigación nos permitirá, como lo explica Morales (2019), identificar el problema respondiendo a preguntas como ¿cuál es el problema? ¿Para qué sirve su estudio? Y ¿qué tópicos se podrían usar? y establecer hipótesis del caso, teniendo en cuenta que fundamenta investigaciones posteriores. Además de esto, este tipo de investigación se utiliza frecuentemente cuando se estudia el comportamiento, qué variables estarían en relación con el tema de investigación con el fin de obtener mejores resultados en la parte inicial del proceso, procurando obtener los mejores resultados y datos confiables y de peso para el desarrollo de las sesiones y la consecución de un resultado favorable en la calidad de vida del paciente.

Instrumentos informales

Entrevista a madre de familia.

Se realiza una entrevista completa a la madre del menor en donde se abordan temas como: antecedentes prenatales, recolección de información del proceso psicológico, médico y fisiológico, desde la unión con el padre del niño hasta el nacimiento del mismo, también se aborda los antecedentes de infancia en contexto familiar y social del menor, y por último los antecedentes escolares del proceso académico obtenido en su escolaridad primaria hasta el momento. La entrevista nos permite identificar además del contexto escolar del paciente, recolectar información acerca del contexto social, ambiental, familiar e histórico, asimismo de identificar por medio de la observación, percepción que tiene la madre acerca del desarrollo de su hijo y un poco determinar si esta es influyente.

Instrumentos formales.

Prueba WPPSI III.

Es una prueba que mide el coeficiente intelectual (CI) en niños pequeños. Esta prueba nos aporta datos que pueden ser especialmente útiles para la detección precoz de problemas específicos y tomar las medidas correctoras a tiempo. Igualmente supone una línea base sobre la que comparar evaluaciones posteriores tras una posible intervención que deba realizarse sobre el paciente del presente caso o sobre cualquier otro que así lo requiera. Se evalúan 4 áreas básicas, verbal (información, adivinanzas, comprensión y semejanza), manipulativa (matrices, conceptos, figuras incompletas y rompecabezas), velocidad de procesamiento (búsqueda de símbolos y claves) y lenguaje general (dibujos y nombres) (Wechsler, 2002).

Por medio de las escalas principales anteriormente nombradas se obtiene el CI Total. Es una escala con media de 100 y desviación típica de 15. El CIT (Coeficiente intelectual Total) este test es el más confiable de todos, por eso debe ser la primera en analizarse al interpretar el perfil. El valor del CIT debe ir acompañado del intervalo de confianza, cuyo rango debe estar alrededor de la puntuación obtenida y en este se contemplan los posibles errores de medida a una probabilidad determinada (90 o 95%). Se ofrece el porcentaje de otros niños con la misma edad del evaluado, teniendo en cuenta una distribución normal.

La interpretación del CIT de hacerse con mucha precaución. Puede suceder que el resultado no sea posible de interpretar si sus diferencias son significativas entre el CI Verbal y el CI Manipulativo (alrededor de 17 o más puntos, lo cual varía con la edad). También si se produce grandes variaciones intertests (alrededor de 5 o más puntos en los test de la escala verbal y 6 o más en los de la manipulativa). Esto no significa que no se puedan extraer conclusiones de los resultados, sino que la Inteligencia no es una capacidad individualista y, por lo tanto, puede requerir otro tipo de análisis (Wechsler, 2002).

BASC (4-6 años).

Para evaluar diferentes dimensiones patológicas (problemas de personalidad y conducta, trastornos emocionales, entre otros) y adaptativas (liderazgo, autoestima, etc.) en individuos de los 3 a los 18 años. Se debe contar con 3 fuentes: padres, tutores y el sujeto, se les brindan diferentes cuestionarios para cada etapa (Infantil, Primaria y Secundaria) (Testgratis, sf).

Checklist para TDAH basado en el DSM –V.

Presenta una invalidez formal y concluyente, si se llega a sospechar que tiene cualquiera de los subtipos, se sugiere que sea revisado por un especialista. Para realizar esta prueba se debe tener en cuenta que la sintomatología debe presentarse antes de los 7 años en al menos dos ambientes de su vida y haber tenido una duración de seis meses (Fundacadah, 2012).

Para ejercitar la atención de estímulos visuales, se realizaron actividades de asociación lógica, rastreo visual, memorización y posterior evocación de la información, encontrándose que el paciente logró culminar las actividades con un tiempo promedio de ejecución, sin embargo, en ocasiones se notaba disperso y hacía preguntas que no tenían relación alguna con la actividad.

Con respecto a las conductas agresivas se realizaron actividades de asociación lógica con un nivel de complejidad media y alta con el objetivo de generar frustración en él, a las

cuales respondió de manera adecuada y sin presentar sus conductas de baja tolerancia a la frustración.

Se realizó la actividad de economía de fichas (ver anexo), por medio del cual se busca generar en el paciente una conducta de compromiso, atención, cuidado, colaboración, por medio de incentivos al realizar labores, actividades y/o compromisos propios del menor, en lo cual se obtuvo resultados favorables, mostrando hasta el momento una mejoría notoria en la conducta y atención.

Paciente ingresa a sesiones con mejor estado de ánimo, se observa rapport entre el terapeuta y el paciente.

Análisis de resultados

Consultante se observa con atención distraída, deficiencia en cumplimiento de instrucciones, dificultad en la realización de aplicación de batería, tiene comportamientos de alteración de la conducta, agresividad y muestra lentitud al momento de interpretar y comprender un texto. Según lo referido presenta dificultad de adaptación en el contexto educativo y familiar, se observa una relación de poca comunicación con su progenitora, no sigue instrucciones, manifiesta excusas para no realizar la actividad. Consultante con hiperactividad, no es admitido por parte de su contexto social y tiene un constante aislamiento con el sexo opuesto. Le cuesta permanecer quieto en un determinado lugar, tiene cambios de actividad sin finalizar lo que empieza, habla en exceso, es desorganizado en las actividades a realizar y se percibe incómodo con el ejercicio. Se cree conveniente reiniciar un tratamiento psicológico para manejar y controlar la conducta del menor, con acompañamiento familiar, es necesario abordar una metodología educativa para mejoras en el aprendizaje y el rendimiento académico. El tratamiento debe incluir mejoras en la adaptación social e instrucción y seguimiento de reglas.

Informe:

1. Resultados de la evaluación:

Escala de inteligencia wechsler para preescolar y primaria wppsi-iii

De acuerdo con los resultados obtenidos en la Escala de Inteligencia Wechsler Para Preescolar y Primaria WPPSI-III, se observa que obtiene un CI TOTAL de 124 puntos, ubicándolo dentro de un rango de inteligencia Promedio alto / Punto fuerte normativo, lo que indica que cuenta con un nivel de inteligencia por encima de un importante porcentaje de los niños de su edad y que le permite adquirir fácilmente nuevos aprendizajes. Posee habilidades cognitivas necesarias para obtener conocimiento, utilizarlo de forma correcta para resolver problemas y alcanzar objetivos.

En

CLASIFICACIÓN DE LA INTELIGENCIA	
CI-Clasificación	Interpretación
130	Muy Superior
120 - 129	Superior
110 - 119	Normal Brillante (alto)
90 - 109	Normal
80 - 89	Abajo del Normal
70- 79	Limítrofe
69 e inferior	Deficiente mental

el Índice de

Comprensión verbal (ICV) obtuvo una puntuación de 112 puntos (entre 104 y 118), se sitúa

ESCALA	ÍNDICE COMPUESTO	RANGO PERCENTIL	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
CI VERBAL	112	79	104-118
CI EJECUCIÓN	108	70	101-114
VELOCIDAD PROCESAMIENTO	106	66	97-114
CI TOTAL	124	95	117-120

en el

percentil 79 y se clasifica como Promedio alto / Punto fuerte normativo. El ICV es una medida de las habilidades de es una medida del conocimiento adquirido, del razonamiento

y la comprensión verbal y de la atención a estímulos verbales. Proceso en el que el evaluado muestra un desempeño por encima de lo esperado para su edad.

En el Índice de Ejecución (CIE) obtuvo una puntuación de 108 puntos (entre 101 y 114), se sitúa en el percentil 70 y se clasifica como Promedio / Dentro de límites. El CIE es una medida del razonamiento fluido, del procesamiento espacial, de la atención al detalle y de la integración visomotora en el que el evaluado muestra un desempeño dentro de lo esperado.

En el Índice de Velocidad de Procesamiento (CVP), obtuvo una puntuación de 106 puntos (entre 97 y 114), se sitúa en el percentil 66 y se clasifica como Promedio / Dentro de límites. El CVP proporciona una medida de la capacidad con que cuenta el evaluado para descubrir, organizar y discriminar de forma rápida y correcta la información visual simple. Además refleja la capacidad que tiene en la memoria a corto plazo, la atención y la coordinación visomotora. En este aspecto, se muestra un desempeño dentro del promedio.

Los datos y resultados anteriormente obtenidos de la escala de inteligencia para Niños, son corroborados con la observación clínica, la administración de diferentes escalas y protocolo por funciones superiores obteniendo lo siguiente:

Atención.

Presenta promedio bajo para responder específicamente o de forma discriminada ante estímulos visuales y auditivos dados. Presentando habilidades para filtrar estímulos irrelevantes, tiende a distraerse ante otros estímulos visuales y auditivos, esto implica, promedios bajo relacionados con la detección de un estímulo entre una multitud de distractores, por lo tanto, presenta niveles bajos de vigilancia.

Memoria.

Logra recordar aspectos relevantes de su vida cotidiana y de su historia personal sin dificultad. Memoriza información y palabras con relativa facilidad. En conclusión, se presentan adecuados procesos de registro, codificación y evocación del recuerdo a corto y largo plazo en memoria episódica y semántica. Desempeño promedio en la manipulación mental de información reciente la cual está asociada a la memoria de trabajo a su edad.

Lenguaje.

Presenta un buen desempeño en lenguaje expresivo, con capacidad en lenguaje comprensivo en seguir órdenes sencillas y de alta complejidad. Logra evocar palabras por categorías semánticas y fonológicas, con mejor ejecución de palabras semánticas, Realiza comprensión de textos sencillos (pruebas de memoria verbal y memoria de trabajo de acuerdo a su edad).

Gnosias.

Presenta promedios normales para percibir, reconocer y denominar estímulos de manera correcta en la modalidad auditiva y visual.

Praxias.

Presenta desempeño promedio en aspectos viso espaciales y constructivos, asociadas a la elaboración de dibujos mediante la construcción de figuras tridimensionales (copia figura rey) y diseños con cubos.

Funciones Ejecutivas.

Se observan promedio bajo en la autorregulación conductual, impedimento moderado para la organización y planificación de actividades y estrategias que se deben realizar con más eficiencia a su edad.

Evaluación de los dominios conductuales

Basc: sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes

EDAD: 4 AÑOS Y 7 MESES	GÉNERO: MASCULINO	FECHA APLICACIÓN Noviembre de 2019
BAREMO: 4-6 AÑOS	TIPO DE CUESTIONARIO: INFORME DEL DOCENTE	
RESUMEN DEL PERFIL:	De acuerdo con los perfiles de los grupos clínicos, los resultados son sugestivos de trastorno déficit de atención e hiperactividad. Los resultados no sugieren alteraciones de las habilidades escolares.	

CHECKLIST PARA TDAH BASADO EN EL DSM 5		PADRES	
INATENCIÓN		No	Si
1	No pone atención a los detalles y comete errores por descuido en sus tareas.	X	
2	Tiene dificultades para mantener la atención en las tareas y en los juegos.	X	
3	No parece escuchar lo que le dicen.	X	
4	No sigue instrucciones o no termina las tareas en la escuela o los oficios en a la casa a pesar de comprender las órdenes.		X
5	Tiene dificultades para organizar sus actividades.		X
6	Evita hacer tareas o cosas que le demanden esfuerzos.		X
7	Pierde sus útiles o las cosas necesarias para hacer sus actividades.		X
8	Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.		X
9	Olvidadizo (a) en las actividades de la vida diaria.	X	
HIPERACTIVIDAD -IMPULSIVIDAD			
1	Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado (a).		X
2	Se levanta del puesto en las clases o en otra situación donde debe estar sentado.		X
3	Corretea y trepa en situaciones inadecuadas.		X
4	Dificultades para relajarse o practicar juegos donde deba permanecer quieto.		X
5	Está permanentemente en marcha, como si tuviera un motor por dentro.		X
6	Habla demasiado.		X
7	Contesta o actuar antes de que se termine de formular las preguntas.		X
8	Tiene dificultades para hacer filas o esperar turnos en los juegos.		X
9	Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás.		X

Según el desempeño del evaluado, el patrón cognitivo y conductual observado en los resultados de la evaluación con protocolo neuropsicológico base, Escala De inteligencia WPPSI - III unido a los datos de la historia clínica, escalas conductuales y guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, son compatibles con un perfil Neurocognitivo de probable:

Impresión

diagnóstica.

1. Funcionamiento intelectual promedio superior a su edad.
2. F900- perturbación de la actividad y de la atención.

Componente ético

Como lo expresa Urra, más allá de los códigos de ética estipulados, tenemos que ser éticos, es decir, pasar de “hacer actos correctos” a “ser éticamente correctos”, de preguntarnos cómo debemos hacer a cómo debemos ser (2007).

Según lo expuesto en el código deontológico colombiano, Ley 1090, norma que rige al psicólogo en la ejecución de su profesión, en el capítulo VII, artículo 50, expresa que al plantear o llevar a cabo una investigación científica, deberá basarse en los principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes (2006). Por otro lado, y siendo en este caso de estudio, un paciente menor de edad, se tiene en cuenta el cumplimiento del artículo 52, el cual, se requiere de un consentimiento informado respectivo, firmado por el (los) representante(s) legal (es) que brinda la autorización para ser expuesto en la acción que se requiera, en este caso, proyecto de grado.

Se tiene en cuenta los principios universales como psicólogos: responsabilidad, competencia, estándares morales y legales, anuncios públicos, confidencialidad, bienestar del usuario, relaciones profesionales, evaluaciones técnicas y, investigación con participantes humanos, (Congreso de Colombia, 2006).

Esta reglamenta el ejercicio de la psicología como profesión, dicta los códigos: Deontológico y bioético y otras disposiciones, por lo cual se rige el marco normativo de esta profesión.

Dicha normatividad hace reconocimiento en Colombia, que el profesional en psicología se considera profesional en salud también; aunque no sea una intervención clínica, todas se ven involucradas y se encuentran entorno al bienestar de la persona. Las bases normativas de esta ley son:

- Principios Éticos que deben guiar la toma de decisiones del profesional en Colombia.

- Límites y Condiciones bajo las cuáles se maneja el Secreto Profesional (Artículos 23 al 32).
- La tipificación y regulación de relaciones profesionales con usuarios, empresas, pares, organismos de control y sociedad en general (Capítulos III, IV y V).
- Requerimientos para la utilización de material psicotécnico e investigaciones psicológicas (Capítulos VI y VII).
- Procesos disciplinarios ante el incumplimiento de las normas acá señaladas (Capítulos IX al XII).

El consentimiento informado para la psicología, como indica Hernández es: “un deber del psicólogo y un derecho del usuario. Como deber es la obligación del profesional de informar a su usuario de manera clara, oportuna, veraz y completa del proceso que seguirá en la prestación de sus servicios” (2020), esto para cualquier área de la profesión y esto, asegurándose de que el usuario entendió todo lo que se le explico y teniendo aprobación para la actuación e intervención del profesional.

Discusiones.

Como se ha podido leer a lo largo de este proyecto, conductas como la agresividad, tendencias a la distracción, actividad motora constante e inquietud en general, incapacidad de concentrarse, entre otras, son características de este trastorno en niños, el cual es considerado un problema para la escuela y los padres de los niños que lo padecen (Vélez-Vidarte, 2011).

En la valoración del niño con probable TDAH, hay que tener presente una evaluación y tratamiento multidisciplinar. Es muy importante la participación tanto del niño como de las personas que lo rodean y el personal profesional de la salud mental. También se debe considerar los ámbitos en los que el niño se mueve, principalmente en los ámbitos: escolar, familiar y social del niño o adolescente (Herranz. L, 2000).

En un análisis de casos, se puede establecer diferencias ente niños o pacientes con TDA y la combinación, más notoriamente en el CI, pues este tipo de pacientes presenta síntomas que tienden a retrasar su desarrollo o evolución satisfactoria (Zapata, 2017).

De otra parte, es importante tener en cuenta, que es posible que un niño con TDAH, presente un alto coeficiente intelectual, como es el caso del evaluado en la presente investigación, dado que un CI alto, no excluye un déficit atencional, y viceversa. Los niños con altas capacidades pueden ser más difíciles de diagnosticar con TDAH, dado que en las primeras etapas de escolaridad con un mínimo de atención y bajo esfuerzo logran obtener resultados académicos aceptables o buenos. En la medida en que avanza la vida escolar y la exigencia académica aumenta, se pone más en evidencia la clínica del trastorno y las alteraciones de las Funciones Ejecutivas, por lo que un diagnóstico e intervención temprana serían muy útiles para garantizar una mejor evolución. De acuerdo con investigaciones realizadas en niños con coeficiente intelectual superior (>120) a estos se les denomina “doblemente excepcionales”, por contar con dos condiciones que alteran el rendimiento en diversas áreas del individuo afectado. Antshel (2008)

En lo escolar, la información de los profesores es de suma importancia, las aptitudes del niño en cada materia, su actitud en clase, como interactúa y se comporta con sus compañeros, la cantidad de absentismo escolar, entre otro (Herranz. L, 2000). Para el ejercicio de este estudio de caso, se tuvo en cuenta la información brindada por el docente, siendo de gran ayuda al momento de cotejar las demás pruebas y analizar junto con lo observado en el paciente a lo largo de las sesiones asistidas durante el estudio y aplicación de las herramientas para el correcto análisis de resultados, procurando ser lo más exactos posibles al momento de redactar el presente trabajo, buscando cumplir con los objetivos propuestos.

Conclusiones.

A lo largo de este proyecto se buscó identificar la sintomatología del TDAH en un niño de 4 años, según su desarrollo motriz, intelectual y social que asiste a terapia psicológica y el impacto en la calidad de vida, siendo este el objetivo general del trabajo investigativo, el cual, se considera se ha cumplido, pues para llegar a este punto, se profundizó en el conocimiento de este trastorno, se estableció la sintomatología atencional y comportamental en un seguimiento de caso con TDAH, el cual se encuentra escolarizado y presentando dificultades a nivel atencional, conductas agresivas, dificultades en el aprendizaje, entre otros síntomas propios de este trastorno, lo que genera situaciones poco

favorables para el entorno familiar, psicosocial y educativo del menor, afectando esto el estado de ánimo de las personas que lo rodean en el ambiente que comparten.

Por lo anterior, Balbuena recomiendan a nivel educativo, que el manejo para este tipo de casos, deben ser adaptadas y personalizadas en función de las necesidades individuales y características particulares de cada niña; se deben adaptar los maestros a él y no el niño a los maestros; el manejo para casos con pacientes con TDAH en secundaria es más complejo, puesto que el niño, además de tener la ayuda de un tutor, está en contacto con más profesores, los cuales le brindan apoyo en materias específicas; este proceso es continuo por lo que presenta claves como la detección de necesidades específicas o el diseño de propuestas educativas diversificadas, por esta razón debe ser supervisado y revisado constantemente; este proceso debe ser dinámico, flexible y definido desde los valores y actitudes de los docentes y el reglamento que impulsa la institución con el objetivo de concretarla adecuadamente para los estudiantes con TDAH que asisten a sus instalaciones; además del tratamiento farmacológico, la asesoría y formación de padres, profesores y el niño es fundamental. Debe existir un equilibrio y coordinación entre las 4 ámbitos de intervención; tan importantes son las estrategias que se enseñan al niño como las que deben recibir los padres y profesores para poder solucionar cualquier problema que pueda surgir en el día a día (2014).

REFERENCIAS

Altamiranda, N. (2016). *Intervención cognitivo conductual en un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad con sintomatología depresiva, caso único, paciente de 9 años*. (Tesis de maestría en psicología clínica) Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia. Recuperado <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5828/32891387.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Antshel, K. (2008). *Doble excepcionalidad: TDAH y altas capacidades. ¿Diagnóstico erróneo?* University of Santiago de Compostela.
- Asociación De Elisabeth D´Ornano Para El Trastorno De Déficit De Atención E Hiperactividad. Otros trastornos mentales que pueden parecer tdah. Recuperado de: elisabethornano-tdah.org/es/tdah/pediatras/que-es-TDAH/04.php
- Balbuena, F. (2014). Orientaciones y estrategias dirigidas al profesorado para trabajar con alumnado con trastorno con déficit de atención e hiperactividad. Consejería de Educación, cultura y deporte. Recuperado <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/winarcdoc.php?id=705>
- Berckley, R. (2006). *Comorbid disorders, social and familial adjustment and subtyping*. New York. The Guilfor Press.
- Biblioteca nacional de medicina de los EE.UU. Medlineplus información de salud para usted. Evaluación del tdah. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/evaluacion-del-tdah/>
- Carrasco, C. y Trianes, V. (2010). Clima social, prosocialidad y violencia como predictores de inadaptación escolar en primaria. *European Journal of Education and Psychology*. 3 (2). 229-242. Recuperado <https://www.redalyc.org/pdf/1293/129315468007.pdf>
- Castillero, O. (2019). Los 15 tipos de investigación (y características). *Psicología y mente*. [Web Blog Post]. Recuperado <https://psicologiaymente.com/miscelanea/tipos-de-investigacion>
- Congreso de Colombia. (2006). *Ley 1090*. Recuperado http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html
- De Burgos, R. (sf). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Guía para padres y educadores. Ed. Glosa.
- DSM-V. (2016). Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad*. 59-74. Quinta Ed. Panamericana.
- Diez, P. (2014). Estudio de caso de una niña con TDA: un diagnóstico para reflexionar. Recuperado de:

https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/5539/TP_DiezCardonaPau-laAndrea_2014.pdf?sequence=1

Espina, A. (2013). Guía Práctica para los trastornos de déficit atencional con o sin hiperactividad. Ed. Janssen-Cilag.

Ética psicológica. Ley 1090 de 2006. Recuperado de:

<http://eticapsicologica.org/index.php/documentos/mapa-del-sitio/item/37-ley-1090-de-2006?showall=1>

Ética psicológica. Consentimiento informado. Recuperado de:

<http://eticapsicologica.org/index.php/documentos/mapa-del-sitio/item/1-consentimiento-informado?showall=1>

Fundacioncadah.org. Historia del tdah. Recuperado de:

<https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/historia-del-tdah.html>

Fundacioncadah.org. Bases biológicas tdah. Recuperado de:

<https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/genetica-y-tdah.html>

Fundación CDAH. (2009). TDAH en el aula. “trastorno por déficit de atención e hiperactividad”. Guía para docentes. Ed. Fundación Cdah.

Fundación cadah. (2012). TDAH: Instrumentos o pruebas para evaluar el TDAH [Web

Blog Post]. Recuperado [https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-](https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-instrumentos-o-pruebas-para-evaluar-la-atencion-hiperactividad-e-impulsividad.html)

[instrumentos-o-pruebas-para-evaluar-la-atencion-hiperactividad-e-](https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-instrumentos-o-pruebas-para-evaluar-la-atencion-hiperactividad-e-impulsividad.html)

[impulsividad.html](https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-instrumentos-o-pruebas-para-evaluar-la-atencion-hiperactividad-e-impulsividad.html)

García, A. & Navarro, I. (2010). *El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva:*

breve análisis de su evolución histórica. Revista de historia de la psicología. 31 (4).

23-26. Recuperado de [https://Dialnet-](https://Dialnet-ElConceptoDeHiperactividadInfantilEnPerspectiva-3399009.pdf)

[ElConceptoDeHiperactividadInfantilEnPerspectiva-3399009.pdf](https://Dialnet-ElConceptoDeHiperactividadInfantilEnPerspectiva-3399009.pdf)

Garzón, J. (2018). Asociación de enfermedades neurodegenerativas y dependientes.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el cerebro en la

infancia. [Web Blog Post]. Recuperado <https://www.aendyd.org/2018/11/14/tdah/>

Guilera, J. (2019). Intervenir y adaptar el TDAH al ámbito escolar [Web Blog Post].

Recuperado <https://telepsicologiainfantil.net/tag/hiperactividad/>

- Hernandez, G. (2020). Consentimiento informado en psicología, una reflexión personal. *Colegio Colombiano de Psicólogos*. Recuperado <https://www.colpsic.org.co/tribunales/reflexiones/81>
- Herranz, J.L (2000). Neuropediatría: Trastorno con Déficit de atención e hiperactividad. *Bol. Pediatr*, 40, 88-92.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (Sin fecha). Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. 17. Recuperado http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/adhd_booklet_spanish_cl508.pdf
- Investigación original. Estudio de caso: Déficit de atención desde la perspectiva clínica y educativa. Claudia Ximena González Moreno. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v59n3/v59n3a05.pdf>
- Kids health from menour. tdah. Revisado por: Shirin Hasan, MD noviembre de 2017. Recuperado de: <https://kidshealth.org/es/parents/adhd-esp.html>
- Kovacs, M. (1998). *Internalizing disorders in childhood*. The Journal of child psychology and psychiatry. 39 (1). 47-63.
- Lange K, Reichi S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hiperactivity disorder. *Attention Deficit Hiperactivity Disorders* 2010; 2 (4): 241-255. Recuperado de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/historia-del-trastorno-por-deficit-de-atencion-con-hiperactividad-e-impulsividad.html>
- Lorenzo, G. (2013). Revista cubana de neurología y neurocirugía. *Motricidad fina en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. 3(1). 13-17. Recuperado <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubneuro/cnn-2013/cnn131c.pdf>
- Mayoclinic. (2019, 13 de septiembre). El TDAH en niños. Diagnóstico y tratamiento. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/adhd/diagnosis-treatment/drc-20350895>
- Mena, B. (2006). *Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH*. Ed. Mayo.
- Muñoz, P. (2013, 12 de septiembre). *Las cifras del TDAH, por las nubes* [Web Blog post]. Recuperado de <https://www.nascia.com/las-cifras-de-tdah-por-las-nubes/>
- Orellana, C. (2012). Fundación Cadah. Historia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad e *impulsividad*. [Web Blog Post] recuperado

- <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/historia-del-trastorno-por-deficit-de-atencion-con-hiperactividad-e-impulsividad.html>
- Pallardo, I. (2015). *Psiquiatría biológica. Dopantes cerebrales en el tratamiento del TDAH*. 22(3). 61-66. Recuperado
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134593415000524>
- Puentes, P. (2014). *Revista colombiana de psicología. Déficit en habilidades sociales en niños con trastornos por déficit de atención-hiperactividad evaluados con la escala bacs*. 23(1). 95-106. Recuperado
<https://www.redalyc.org/pdf/804/80431219005.pdf>
- Puentes, P. (2019). *El Heraldo. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*.
<https://www.elheraldo.co/columnas-de-opinion/trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-246100>
- Rodríguez, E. (2006). *Revista pediátrica de atención primaria. La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH)* .8 (4). 175-198. Recuperado
https://sid.usal.es/idocs/F8/ART13753/escuela_y_tda_con_sin_hiperactividad.pdf
- Sanitas. (2019). *TDAH: ¿Qué es? síntomas y causas*. [Web Blog Post]. Recuperado de:
<https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/psicologia/tdah-que-es.html>
- TDAH y tú. *¿Qué es?* tdahytu.es Recuperado de: <http://www.tdahytu.es/que-es/>
- TDAH y tú. *Tdah y el cerebro*. tdahytu.es Recuperado de: <http://www.tdahytu.es/tdah-y-el-cerebro/>
- Universia. (4 de septiembre, 2017). *Tipos de investigación: Descriptiva, Exploratoria y Explicativa*. Recuperado
<https://noticias.universia.cr/educacion/noticia/2017/09/04/1155475/tipos-investigacion-descriptiva-exploratoria-explicativa.html>
- Urra, F. (2007). *Psicología y código deontológico: estudio empírico, basados en dilemas éticos*. (Tesis doctoral). Universidad de a Coruña. La Coruña, España.
- Valdés, A. (2015). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. 137. Ed. UNID.
Recuperado
<https://books.google.com.co/books?id=9VBLDwAAQBAJ&pg=PT66&dq=tdah+en+la+escuela+primaria&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiZ19rZvYHmAhXPtVkJKHSi>

YBxoQ6AEIPjAD#v=onpage&q=tdah%20en%20la%20escuela%20primaria&f=fa
lse

Vélez, C. & Vidarte, J. (2011). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. Ensayo. *Revista Salud Pública*. 14(2). 113-128. Universidad de Manizales. Recuperado <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14s2/v14s2a10.pdf>

Wechsler, D. (2002). Escala de inteligencia Wechsler para preescolar y primaria. Manual moderno. TEA ediciones.

Zapata, E. (2017). Indicadores emocionales y madurativos en niños con trastorno de déficit de atención/hiperactividad. *Revista logos, ciencia y tecnología*. 9(2). 1-22 recuperado <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5177/517753268002/517753268002.pdf>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

	CONSENTIMIENTO INFORMADO	PROCESO	MISIONAL
		CODIGO	TE RE FORMATO
		VERSION	01
		PAGINA	1 DE 2

Dentro de las normas deontológicas y bioéticas para el ejercicio de la profesión de psicología estipuladas en Colombia en la ley 1090 de 2006, se encuentra el cumplimiento del artículo 25, el cual estipula que cuando se trata de niños pequeños o menores de edad que no pueden dar su consentimiento informado. La información se entregará a los padres, tutor o persona encargada para recibir la misma.

La información busca comunicar oportunamente al padre o tutor los riesgos que puedan derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente.

Por tanto, con el presente documento escrito se busca informar a usted (acompañante) acerca del procedimiento que se realizará, por lo cual solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

Yo, <u>Zudnara Ochoa (madre de Shulan Paternina)</u>
Con CC: <u>1143128427</u>
Solicito al doctor(a): <u>Julissa Carasquilla / Yuli Pinzón</u>
Y a sus asociados/asistentes que realicen el procedimiento elegido, el cual consiste en: <u>atención y estudio de caso del paciente con el fin de identificar la sintomatología del TDAH y generar estrategias de atención</u>

DIAGNÓSTICO Y PROCEDIMIENTO

Lo que sigue se me ha explicado en términos generales y comprendo que la naturaleza y propósito del procedimiento es terapéutico.


RIESGOS GENERALES

falla en el tratamiento y/o aplicación de la prueba

RIESGOS ESPECÍFICOS

La probabilidad de éxito del procedimiento mencionado es Alta (X), Media (), Baja ()

Si decido no efectuar el procedimiento mencionado arriba, mi pronóstico (condiciones médicas futuras) es:

	CONSENTIMIENTO INFORMADO	PROCESO	MISIONAL
		CODIGO	TE RE FORMATO
		VERSION	01
		PAGINA	2 DE 2

Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

Solicito al doctor(a): Julissa C - Yuli Pinzón

Y a sus asociados/asistentes que realicen, los procedimientos adicionales que juzguen necesarios. Al firmar este formulario reconozco que los he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. Todos los espacios en blanco o frases por completar han sido llenados y todos los puntos en los que no estoy de acuerdo han sido marcados antes de firmar este consentimiento. Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención procedimientos terapéuticos, en el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una actividad de medio, pero no de resultados.

Comprendiendo estas limitaciones,

Doy mi consentimiento a: Julissa Carasquilla y Yuli Pinzón
Y a sus asociados/asistentes para que realicen el procedimiento.

Persona que da el consentimiento si no es el mismo paciente.

FIRMA
NOMBRE DE LA PERSONA: <u>Zudnara Ochoa</u>
CC. O HUELLA: <u>1143128427</u>
RELACION CON EL PACIENTE: <u>Madre</u>

Lugar y Fecha del Consentimiento Informado: agosto 30 / 19

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD
NOMBRE DEL PROFESIONAL:
CC:
Nº DEL REGISTRO:

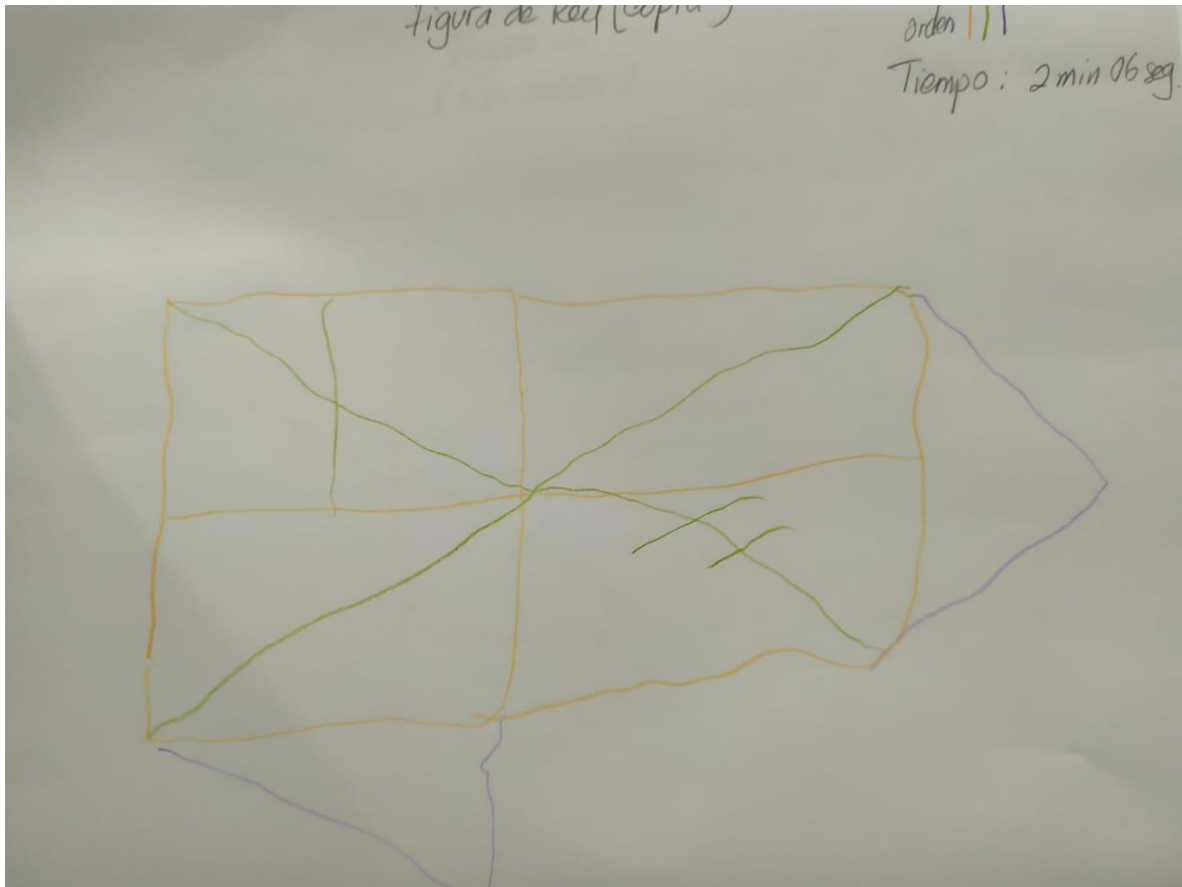
Anexo 2. Economía de fichas



TAREAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	RECOMPENSA
VESTIRSE SOLO								SALIR AL PARQUE EL FÍN DE SEMANA. PRESTARLE EL CELULAR. MANEJAR BICICLETA COMPRARLE UN REGALO
IR AL COLEGIO								
HACER LAS TAREAS								
COMER A LA HORA								
RECOGER LOS JUGUETES								

Anexo 3

Figura del rey



Anexo 4

Recomendaciones

Este caso de estudio se orienta a fortalecer el proceso atencional tanto a nivel selectivo como dividido, al fortalecimiento de la capacidad para seguir instrucciones tanto en el ámbito escolar como familiar y a disminuir las conductas agresivas del paciente. Lo anterior, se logra por medio de la realización de actividades lúdicas, estructuradas y semi estructuradas tales como emparejamiento, rompecabezas y fichas de memoria que presentan diferentes grados de complejidad para que el protegido pueda ir escalando cognitivamente. Así mismo, se ejercitó la decodificación, almacenamiento y evocación de información, se trabajó la actividad de las emociones, la cual consiste en colorear la carita con las emociones y/o sentimientos que se pregunten en un momento y situación determinada, procurando con esto concientizar al menor y trabajar en la expresión de sus emociones y la de las personas que le rodean.

- ✓ Se sugiere que los padres revisen los patrones de crianza y normas que se tienen en casa, para ayudarle a regular su comportamiento.
- ✓ Poner límites es enseñarle qué es lo que está bien y qué es lo que está mal, y permitirle desarrollar la capacidad de ajustarse inteligentemente a las normas.
- ✓ Poner límites es plantear una exigencia, es pedirle al niño que haga algo que probablemente sea diferente de su impulso. Cuando le planteamos que no está permitido hacer algo específico, le estamos confrontando a la dura pero imprescindible tarea de aprender a controlarse a sí mismo.
- ✓ Se recomienda atención por Psicología para trabajar con el niño y sus padres los aspectos relacionados con el manejo conductual, de normas y autoridad. También es importante fortalecer autoestima, dado que durante el proceso de evaluación se identificó que el niño califica negativamente sus capacidades.
- ✓ Se recomienda rehabilitación cognitiva de la atención y funciones ejecutivas.

Para los profesores y/o agentes educativos

- Estimular su proceso de Atención por medio de actividades como: laberintos, rompecabezas y encontrar diferencias, entre otros.
- Estimular la participación activa del protegido en las actividades y temas académicos

para que este no
clase.

desvíe el foco atencional de la

- Se debe ubicar al niño en los primeros puestos del salón, cerca del profesor y del tablero, para que el docente pueda supervisarlos.
- Brindarle un refuerzo positivo (demostración afectiva) a la hora de culminar una actividad previamente asignada.

Para la familia

- Establecer pautas claras sobre los tiempos de tareas y de juego, con el objetivo de se establezcan límites que el paciente pueda identificar de manera autónoma.
- Permitir al paciente experimentar situaciones de frustración donde el mismo deba buscar alternativas propias sin el apoyo parental.
- Continuar con apoyo psicoterapéutico para fortalecer el control inhibitorio de estímulos distractores a través de la metacognición, reforzar el seguimiento de instrucciones y ofrecer pautas de crianza adecuadas para el menor.

El Dr. Barkley considera las siguientes pautas a seguir en el aula:

1. No retener a los niños, puesto que esto resultaría en conductas no deseadas. En el caso de los varones estos se vuelven más agresivos y las niñas más depresivas.
2. Durante las primeras semanas del curso centrar la atención en la conducta más que en la materia en sí.
3. Tratar de dividir las tareas que han de llevar a cabo. Mediante la subdivisión el niño será más capaz de llevarla al día y de poder seguir el curso.
4. Sentar a los afectados de TDAH en los pupitres más próximos al profesor, así intentaremos evitar posibles distracciones.
5. Es esencial focalizar nuestro trabajo en la productividad.
6. No dar tareas que impliquen un trabajo de más de una hora y media ya que es improductivo, los niños se distraen con facilidad por lo que tareas que requieran de una atención prolongada deben ser cortas si se quiere conseguir la mayor productividad del niño.

7. Intentar realizar descansos y clases más interactivas, dando cierta libertad de movimiento. El niño se aburre con facilidad, por lo que las clases tienen que ser dinámicas, interactivas, con varias actividades... para que eso no suceda.
8. Mantener el contacto físico y visual para llamar su atención.
9. Dar recompensas en casa por su comportamiento en la escuela. El refuerzo positivo funciona muy bien con los niños, sobre todo con los TDAH, porque entienden que su trabajo ha merecido un beneficio.
10. Recordar que el castigo no es útil si no existe una compensación disponible por algo positivo. Con los niños es esencial trabajar desde una postura de refuerzo positivo, nunca negativo. Los castigos se utilizan cuando todo lo otro ha fallado anteriormente.
11. El castigo debe ser implementado de manera contigua a la conducta. Puesto que de no ser así, al niño le costará más entender el por qué ha sido castigado. Le costará ver la relación entre lo que ha hecho mal y el castigo. Por ello, el castigo se le debe dar justo después de la conducta.

Además, el Dr. Barkley recomienda que se realicen adaptaciones curriculares, añadiendo *“ser justo no es ser igual con todos, sino que ser justo es darle a cada uno lo que necesita”* (Guilera, J., 2019).